

CUESTIONARIO HISTORIA CLINICA

Todas las preguntas son estrictamente confidenciales y serán parte de su historial y registro médico.

Nombre y Apellido:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha Nacimiento: (mm/dd/aa)
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Medico Anterior o quien lo refiere:	Fecha de último examen físico:	
Farmacia Preferida:		
Laboratorio Preferido:		

HISTORIA CLINICA

Inmunizaciones y Fechas	<input type="checkbox"/> Tétano / Tdap	<input type="checkbox"/> COVID	<input type="checkbox"/> Pneumovax 23 <input type="checkbox"/> Prevnar 13
	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> MMR <i>(Sarampion, Paperas y Rubeola)</i>
	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Herpes Zoster	

Indique algún otro problema de salud que le hayan diagnosticado

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo __ | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño | <input type="checkbox"/> Evento Cerebral Isquémico / Hemorrágico |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Cirugías

Año	Razón	
	<input type="checkbox"/> Colectomía <input type="checkbox"/> Histerectomía	Otras:
	<input type="checkbox"/> Apendectomía <input type="checkbox"/> Cirugía de Corazón	
	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera <input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica	
	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla <input type="checkbox"/> Mastectomía	

Ha tenido alguna vez transfusión sanguínea?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Es usted testigo de Jehova?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Indique todos los medicamentos prescritos y no prescritos tales como suplementos, vitaminas e inhaladores

Nombre del Medicamento o Suplemento	Dosis	Frecuencia

Alergias Tipo de Reacción

HABITOS PERSONALES Y DE SALUD

TODAS LAS PREGUNTAS SON OPCIONALES DE RESPONDER Y SERAN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES

Ejercicio Físico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No # días x semana _____		
Cafeína	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	# tazas/por día?
Alcohol	Ingiere Alcohol?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Cuántas copas / tragos por día?		
Tabaco	Es usted fumador?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos – unid./ día	<input type="checkbox"/> Masticable - #/ día	<input type="checkbox"/> Pipa - #/ día <input type="checkbox"/> Cigarros - #/ día
Drogas	Usa usted alguna droga de tipo recreacional?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Cuál(es):		

ANTECEDENTES FAMILIARES

	EDAD	ENFERMEDADES RELEVANTES		EDAD	ENFERMEDADES RELEVANTES
Padre			Hijos	<input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F	
Madre				<input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F	